FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE N° 347

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri BOUTRY

Né à Mascara (département d'Oran), le 25 octobre 1886

DE

l'Évacuation spontanée de l'Ascite

PAR L'OMBILIC

Président : M. DEBOVE, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	X.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LORPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVILLE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBÉ (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MES COUSINS

A MES AMIS

À LA MÉMOIRE DE MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TROLARD

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine d'Alger

A M. LE PROFESSEUR CURTILLET

Professeur de clinique chirurgicale infantile
Doyen de la Faculté de Médecine d'Alger

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX D'ALGER

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRUHL

Médecin des Hôpitaux de Paris

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Doyen honoraire de la Faculté de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

DE

l'Évacuation spontanée de l'Ascite

PAR L'OMBILIC

INTRODUCTION

L'évacuation spontanée de l'ascite par l'ombilic bien qu'étant assez rare ainsi que nous avons pu nous en rendre compte au cours des recherches faites pendant ce travail, n'est cependant pas un sujet nouveau, et si elle n'a jamais fait à elle seule l'objet d'une thèse, elle constitue néanmoins la partie la plus importante de celle soutenue par Glais en 1903 sous le titre plus générique : « Des ouvertures spontanées de l'ascite ». L'auteur reconnaît lui-même, en effet, dans ses conclusions que c'est l'ombilic qui la plupart du temps est le siège de la rupture, ainsi qu'en témoignent la plupart des observations qu'il a pu réunir.

Sur un total de neuf observations, sept fois l'évacuation s'était faite par l'ombilic, une fois par un abcès de la région sous-ombilicale et une autre fois elle fut consécutive à la chute d'une

eschare d'un scrotum distendu par une volumineuse hydrocèle.

D'autres cas y sont cités, il est vrai, mais sur lesquels on manque de détails : tel celui de Fabrice de Hilden, analogue au précèdent et tel celui de Giraud, de Lyon, en 1840, où la perforation siégeait au niveau d'une hernie crurale développée au cours de l'ascite.

A n'entendre parler que de ces quelques faits plus ou moins complètement rapportés, on est tout naturellement porté à ne les considérer que comme des « curiosités médicales » dont le seul intérêt en est précisément le rareté, mais indigne par conséquent de retenir l'attention du praticien. D'ailleurs n'avons-nous pas la paracentèse et en la pratiquant à propos ne semblons nous pas à l'abri d'un pareil accident ? Pour cette raison peut-être beaucoup n'ont jamais pensé qu'il put se produire, du moins à notre époque. Ignorance bien pardonnable en vérité, car nous nous souhaiterions à nous-mêmes de n'avoir pas au cours de notre carrière médicale, et malgré les excellentes leçons de nos maîtres, de lacunes plus graves à déplorer et des surprises sinon moins désagréables, du moins plus grosses de conséquences à éprouver.

Et cependant l'accident n'est point si rare qu'on pourrait le croire puisqu'aux 7 observations de Glais, nous avons pu en ajouter 6 autres dont 5 datent de ces dernières années et qui, fait remarquable, se rapportent le plus souvent non pas à

des malades abandonnés à eux-mêmes, mais au contraire à des malades traités et fréquemment ponctionnés. D'autre part si les observations détaillées d'évacuation spontanée d'ascites restent relativement rares dans la littérature médicale, les cas simplement cités ne manquent point ainsi qu'on pourra s'en convaincre par leur simple énumération ; ce qui nous autorise à supposer que bien d'autres se sont produits et non jamais été rapportés, simplement parce que le médecin s'est désintéressé d'avance d'une affection qui depuis longtemps déjà avait lassé sa patience en rebutant tous ses efforts.

Une autre erreur encore serait de croire que la rupture ne se produit qu'à la phase ultime d'une longue cachexie et ne peut que hâter une terminaison fatale. Elle a été au contraire, dans bien des cas, suivie sinon d'une guérison, du moins d une rémission d'assez longue durée après avoir réalisé spontanément un traitement qui fut, sous bien des formes, tenté à maintes reprises.

Tout cela, nous semble-t-il, mérite considération et nous a encouragé à reprendre cette étude en la complétant grâce aux nouvelles observations plus détaillées que nous avons pu réunir.

Nous essayerons même après les avoir étudiées de tirer de leur ensemble quelques conclusions, mais cela sans grandes prétentions, car nous savons que ce n'est pas d'une douzaine d'exemples que l'on peut dégager un enseignement précis.

HISTORIQUE

Ce serait une banalité de rappeler que l'hydropisie était connue des anciens ; elle avait même vivement frappé leur imagination et si nous ne le savions par les vieux textes, il nous suffirait pour nous en rendre compte d'aller contempler les nombreuses petites figurines étrusques collectionnées dans les vitrines du musée du Louvre. Ce que l'on sait peut-être moins, c'est qu'ils en connaissaient aussi le remède et que déjà Hippocrate n'hésitait pas à ponctionner l'abdomen sur le pourtour de l'ombilic.

Cette pratique fut il est vrai condamnée par Erasistrate, mais elle fut reprise par les médecins romains : Celse, Caelius, Aurelianus et Paul d'Egide. Beaucoup plus tard, elle fut remise en honneur par Fabrice d'Aquapendente et nous savons enfin que le trocart fut inventé par Sanctorius ou par Pigray contemporain d'Ambroise Paré (1). L'évacuation spontanée de l'ascite par l'ombilic leur était aussi connue, mais nous n'en

1. *Paracentèse* (*Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*).

trouvons que quelques cas rapportés alors que les plus nombreux au contraire datentde ces dernières années.

C'est Morgagni en 1761 dans sa XXXVIII^e^ lettre qui nous signale les premiers ; les auteurs du Compendium de 1839, de la Berge et Monneret le citent dans ces termes :

« Il a vu disent-ils un enfant qui fut guéri deux fois d'une hydropisie ascite par l'évacuation spontanée d'une grande quantité d'eau. Suivant cet auteur, Beniveni et d'autres pathologistes cités par Donatus et par Gabelvocher, ne sont pas les premiers qui aient vu l'ombilic s'ouvrir par l'impulsion d'une grande quantité d'eau et la guérison de l'ascite s'opérer par la sortie de celle-ci ; les anciens l'observèrent aussi et ils remarquèrent que ceux chez qui toute l'eau sortait en même temps mouraient, tandis que ceux chez qui elle sortait peu à peu ou par parties guérissaient. » De la Berge et Monneret déclarent d'ailleurs avoir vu eux aussi un homme qui affirma avoir guéri d'une hydropisie fort considérable.

Mead et Nebel cité par Morgagni virent chacun une hydropique survivre à l'évacuation spontanée d'une grande quantité d'eau.

Bertrand en 1809 en avait déjà cité un cas accompagné de quelques détails qui a pris place parmi nos observations.

Pott assista à l'éclatement d'une hernie ombilicale chez une femme enceinte.

Nélaton(1) a rapporté 2 cas de « fistules séreuses » siégeant à l'ombilic, l'un de Brehm suivi de guérison et l'autre de Van Horme où, après des alternatives de réouvertures et de cicatrisations, le malade finit par être emporté.

Erdman cite le cas d'une femme qui ayant vu l'évacuation suivre la chute d'une petite eschare ombilicale, rouvrait elle-même la cicatrice à l'aide d un petit carrelet.

Delcroix vit une de ses clientes survivre à l'évacuation spontanée de son ascite (*Union médicale*, 1847).

Malheureusement dans tous ces cas les détails manquent et il est difficile d'en tirer parti pour une étude un peu approfondie. Ils sont cependant intéressants à noter et en faisant nombre servent tout au moins à justifier l'étude que nous avons entreprise.

A part le cas de Bertrand et celui observé par Siredey et rapporté par Gauderon dans sa thèse de 1876 les observations que nous avons pu réunir sont relativement récentes et datent de ces dernières années ; nous avons trouvé les premières reproduites dans la thèse de Glais, les autres éparses dans quelques journaux médicaux ; la dernière enfin qui n'a jamais été publiée *in extenso*, mais dont communication a été faite à la Société anatomique, est due à l'obligeance de MM. Brühl et Lyon-Caen.

1. Boursier, Article : *Ombilic* (*Dict. encycl. des Sc. méd.*)

SA LOCALISATION

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'OMBILIC

Bien que le mot « ascite » ait primitivement désigné tous les épanchements pathologiques du péritoine, quelles que soient leur origine et la nature de leur sérosité, nous l'avons compris dans le sens restreint que l'usage a consacré, et nous avons éliminé les épanchements purulents et même les exsudats séro-purulents que l'on peut observer au cours des divers états pathologiques de la séreuse péritonéale.

Et pourtant, fréquents sont les cas où les collections purulentes d'une péritonite à évolution subaiguë, soit tuberculeuse, soit surtout pneumococcique, se sont évacuées par l'ombilic lorsque la chirurgie n'est pas intervenue à temps.

La prédilection de ces évacuations spontanées, jointes à celles que nous rapportons d'ascite vraie ne servira qu'à corroborer un fait surabondamment prouvé, à savoir que l'ombilic est le véritable *locus minoris resistentiæ* de la paroi abdominale, bien que ses hernies dites *acquises* soient

incomparablement moins fréquentes que les inguinales par exemple.

D'après sa constitution anatomique cela n'a rien qui puisse nous étonner, et cela nous étonnera encore bien moins lorsque nous connaîtrons les modifications qu'il subit au cours des distensions de l'abdomen.

Avant d'en arriver à celles-ci, qu'il nous soit permis de rappeler brièvement sa topographie normale, bien décrite par Testut.

Chez l'adulte l'ombilic est constituée par une dépression cupuliforme, circonscrite par un bourrelet cutané plus ou moins épais suivant les individus. Le fond de cette dépression est occupé par le mamelon, séparé du bourrelet par un sillon ; enfin sur le sommet du mamelon on aperçoit plus ou moins nettement une cicatrice blanchâtre affectant une forme linéaire ou radiée ; la peau du mamelon est très adhérente au niveau de l'anneau principalement de son bord inférieur.

L'anneau lui-même qui forme le second plan est taillé dans la couche aponévrotique qui correspond à la ligne blanche : il n'est jamais circulaire, mais affecte tantôt la forme allongée d'une boutonnière, tantôt la forme quadrilatère, plus souvent une forme que Blandin a pu qualifier de *gueule de four*. Ses deux tiers inférieurs sont comblés par un noyau fibreux résultat de la fusion cicatricielle de l'ouraque et des trois vaisseaux ombilicaux ; quant à la cicatrice cutanée, elle est

souvent indépendante de ce noyau contrairement à l'opinion admise et nous la verrons quelquefois s'étaler en plein centre de la tumeur formée par la hernie séreuse. C'est donc seulement le tiers supérieur de l'anneau qui nous présente un orifice de 2 millimètres de diamètre environ, comblé par un petit peloton adipeux. A signaler pourtant un autre orifice inconstant, la fossette intervasculaire un peu au-dessous du noyau fibreux, et par où dans quelques cas on a vu se développer la hernie séreuse de l'ascite.

Le troisième plan est formé par le péritoine qui présente à cet endroit son épaisseur normale et qui peut adhérer intimement lui aussi à l'anneau fibreux. Il nous faut encore citer le fascia umbilicalis, décrit par Richet, émanation fibreuse de la gaine des grands droits et qui, lorsqu'il existe, tantôt affleure le bord supérieur de l'anneau, tantôt se place au-devant de lui, le renforçant et jouant le rôle d'un écran protecteur.

Normalement le doigt explorant l'ombilic ne perçoit pas l'anneau; et ne sent pas d'impulsion lorsque le malade tousse, à moins qu'il ne soit congénitalement dilaté, créant ainsi pour le sujet une prédisposition à la hernie. Mais cette dilatation si elle n'est pas congénitale peut s'acquérir et nous allons voir comment, ces distensions de l'abdomen, quelles que soient leurs causes, vont modifier l'aspect de l'ombilic.

Ces modifications ont été longuement étudiées

par Catteau dans sa thèse inaugurale de Paris de 1876, et si nous n'avons jamais constaté nous-même de ruptures, fréquemment il nous a été donné d'observer des hernies séreuses de l'ombilic de formes et de dimensions fort variables.

Catteau établit trois degrés de modifications de l'ombilic au cours de l'ascite.

Dans le premier, il est simplement refoulé avec la paroi abdominale, le mamelon affleure, mais il n'y a pas de déformation ; dans le second degré, il est déplissé et on ne constate plus ni bourrelet, ni sillon, il se distingue seulement de la paroi abdominale pour la coloration plus blanche et la plus grande finesse de la peau.

Dans un troisième degré enfin, il existe une tumeur de dimensions et de formes variables (depuis la grosseur d'une noix, jusqu'à celle d'une tête de fœtus à terme, Cochez) à parois très minces et plus ou moins tendues, translucide et réductible.

Gauderon, dans une thèse de la même année, fait d'une tumeur qu'il a observée, la description suivante. Il s'agit d'une femme de soixante-cinq ans, avec kyste de l'ovaire et grande ascite.

« Le péritoine avait été refoulé à travers l'anneau fibreux, et avait distendu l'ombilic en forme de hernie du volume d'une grosse noix. Il existait un véritable collet de 1 centimètre de diamètre environ au niveau de l'anneau, et une lamelle

fibreuse partait de son poutour pour aller s'insérer à la base de la cicatrice. »

La hernie séreuse de l'ascite avait été déjà observée par Nück et Morgagni ; ce dernier dans sa XXVIII[e] lettre rapporte le cas d'une femme de la campagne « chez laquelle l'ombilic faisait une saillie de la grosseur d'un œuf d'oie, qui se rompit spontanément et répandait tous les jours par un pertuis une telle quantité de sérosité limpide et inodore que la grande tuméfaction du ventre s'étant dissipée, la malade guérit ».

Anhorma avait observé aussi un ombilic gros comme le poing ; il se rompit, le liquide s'écoula au dehors, mais l'ascite revint ; il y eut à plusieurs reprises ruptures et cicatrisation du nombril et le malade finit par être emporté.

Sédillot observa aussi beaucoup de ces tumeurs et conseillait même d'en faire le lieu d'élection d'une ponction « lorsque le nombril fait saillie, disait-il, et que la peau y est amincie c'est là que l'on opère ».

Catteau signale encore un fait qui a son importance et que nous avons vérifié à plusieurs reprises, c'est que l'anneau ombilical est faiblement dilaté, ou tout au moins que la dilatation n'est jamais ce que le volume de la tumeur pourrait faire supposer ; ce qui nous explique pourquoi même dans des cas où la perforation était assez large, les auturs ne nous ont jamais signalé de hernies épiploïques par la fistule cutanée. Il nous faut

cependant faire une exception pour les cas où le liquide n'a fait qu'envahir le sac déshabité d'une vieille hernie, et c'est même l'un des caractères qui permet, en dehors de tout commémoratif, de faire cette hypothèse.

L'ascite n'est pas seule à modifier l'ombilic, tous les phénomènes physiologiques ou pathologiques, pourvu qu'ils entretiennent une assez longue distension de l'abdomen, arrivent aux mêmes résultats.

Les modifications au cours de la grossesse sont bien connues des accoucheurs et l'on sait que cette distension en dilatant l'anneau suffit à rendre la hernie ombilicale beaucoup plus fréquente chez la femme.

Mais que la distension soit causée par un utérus gravide, ou par un gros kyste de l'ovaire, si on observe un déplissement complet de l'ombilic, jamais on n'observera de tumeur à moins, bien entendu, qu'il n'existe une hernie de l'intestin ou de l'épiploon ; hormis ce cas la constatation d'une tumeur de l'ombilic chez une femme enceinte, doit faire penser en dehors de tout autre symptôme à l'existence d'une ascite. La distension élargit bien l'anneau, mais pour que la cicatrice puisse se distendre il faut que du liquide puisse s'insinuer à travers cet anneau. D'ailleurs la hernie séreuse est très fréquente au cours de la grossesse compliquée d'ascite, si bien qu'Olivier (d'Angers) et Pigeolet ont conseillé, afin d'éviter le danger pour

l'utérus d'une paracentèse au lieu d'élection la ponction de la tumeur ombilicale.

En résumé donc, élargissement de l'anneau du fait de la distension des parois, et refoulement par le liquide du péritoine et de la peau faisant de la dépression ombilicale une tumeur fragile de par la minceur de ses parois, tel est le résultat auquel aboutissent souvent les grosses ascites. Il va sans dire que, lorsque l'ascite se produit chez un sujet déjà porteur d'une hernie ombilicale le liquide trouve la voie tout ouverte pour prendre la place de l'intestin et nous savons comment il y arrive, même si ce dernier est fixé au sac par des adhérences. L'anneau, dans ce cas, est très dilaté. mais L. Bérard (1) nous a fait cependant savoir que le sac une fois déshabillé, son collet peut se rétracter et même se fermer complètement, ainsi qu'il l'a constaté une fois chez un malade, dont la tumeur ombilicale s'était ainsi transformée en un véritable kyste sacculaire appendu au-devant de la paroi abdominale.

---

1. L. Bérard, Duplay et Reclus, *Traité de Chirurgie*.

LES CAUSES

Tout d'abord, nous devons dire qu'il n'est pas un seul cas où l'évacuation spontanée de l'ascite par l'ombilic n'ait été précédée d'une hernie séreuse ; c'est la condition *sine qua non* qui justifie le rapide aperçu que nous avons donné de ses déformations dans le chapitre précédent. Mais si nous avons montré comment l'ombilic, point naturellement faible de la paroi abdominale, le devenait encore davantage sous l'influence de la distension, qui, en élargissant l'anneau, rendait la surface non renforcée à la fois plus mince et plus large ; si nous avons montré comment, sous la poussée du liquide s'exerçant à travers cet anneau, la cicatrice ombilicale doublée seulement de péritoine arrivait à se laisser refouler jusqu'à former une tumeur, il nous faut maintenant rechercher dans quelles conditions cette poche, par sa rupture, va permettre au liquide ascitique de s'évacuer au dehors.

Il semble à première vue que le principal facteur de la ruture soit la tension à laquelle se trouve soumise le liquide qui distend l'abdomen.

Or des expériences de Gilbert, de Weil et de Pitres (1) il résulte que la tension normale des ascites n'atteint jamais 20 millimètres de mercure.

Il faut donc invoquer, ainsi que l'on fait Mollard et Chattot (2),un excès de tension passager, mouvement intempestif, accès de toux, et nous trouvons en effet cette cause rapportée dans cinq de nos observations.

Mais le seul fait que l'évacuation a pu se produire même pendant le sommeil du malade nous prouve que ce n'est là qu'une cause tout à fait occasionnelle. Il n'y a jamais en effet éclatement, rupture au sens propre du terme, et, lorsque la cicatrice ombilicale se fissure sous la poussée du liquide, la peau est tellement amincie que la plus légère excoriation pourrait être cause de l'accident. Étant donné la fragilité des parois de ces tumeurs, il peut même nous sembler extraordinaire que la rupture ne soit à la fois plus fréquente et, lorsqu'elle se produit, plus précoce. On pourrait en tout cas en trouver une explication dans la remarque que nous faisions précédemment sur l'étroitesse relative de l'anneau même dans les cas de tumeur volumineuse, étroitesse qui empêche le liquide ascitique de refluer en grande quantité et d'un seul coup dans la poche

---

1. Cités par Glais.
2. *Lyon médical*, 1908.

ombilicale, à l'occasion d'une contraction brusque des muscles abdominaux.

L'ascite ou les épanchements purulents de l'abdomen ne sont d'ailleurs pas les seuls états pathologiques qui puissent causer la rupture de la cicatrice ombilicale après avoir aminci ses parois. On connaît aussi dans la pathologie herniaire quelques cas où cet amincissement des enveloppes a créé, par leur rupture suivie de la protusion des viscères un accident redoutable, tel le cas rapporté par Piklington (1) qui, heureusement, put intervenir assez tôt pour sauver sa malade.

Bien plus souvent l'évacuation spontanée est consécutive à la chute d'une petite escarre développée généralement au centre ou à la partie inférieure de la tumeur, et nous la trouvons en effet décrite dans 10 observations sur 13.

Cette escarre semble être surtout la conséquence d'une circulation défectueuse. On peut concevoir facilement, en effet, que cette cicatrice ombilicale amincie et distendue soit très mal vascularisée, et nous en trouvons la preuve dans l'observation de Merklen où nous voyons une petite croûtelette noirâtre « véritable menace d'escarre » disparaître à la suite d'une ponction pour se réformer à nouveau au fur et à mesure que la distension de l'abdomen et de la tumeur devenait plus grande.

---

1. Piklington, *Lancet*, 1890.

On peut encore ainsi que l'a fait Glais, attribuer sa formation à un trouble trophique dû à une une névrite périphérique qui se serait développée d'autant plus facilement que dans les cas qui nous intéressent il s'agit presque toujours de cirrhoses alcooliques.

Quoi qu'il en soit l'un et l'autre processus peuvent être amorcés par le plus léger traumatisme (excoriations dûes aux frottements des vêtements ou des draps), compliqués et renforcés dans leur action nécrotique par une infection secondaire greffée sur la plaque de sphacèle ainsi qu'en témoignent quelques-unes de nos observations.

L'eschare s'élimine donc, laisse à sa place une ulcération plus ou moins large (ordinairement de la grandeur d'une pièce de un franc),ne présentant aucune tendance au bourgeonnement. Que survienne alors l'excès de tension passager que nous invoquions tout à l'heure,et la rupture se trouve réalisée,cet excès de tension n'ayant d'ailleurs fait que hâter de quelques heures un accident inévitable.

En résumé si la tension à laquelle se trouve soumise le liquide est impuissantes à provoquer un véritable éclatement de l'ombilic, c'est bien elle qui en définitive est la cause primordiale de l'accident, puisque c'est elle qui en éprouvant jusqu'à son extrême limite l'élasticité des parois de la tumeur ombilicale nuit à sa vascularisation préparant ainsi le terrain à l'eschare.

Bien qu'il n'y ait pas éclatement, rupture par distension à proprement parler, l'utilité des ponctions fréquemment renouvelées reste donc posée d'une façon indiscutable.

Elles constituent le meilleur moyen prophylactique de l'accident, mais il ne faut pas oublier que l'on se trouve sur un terrain prédisposé aux troubles trophiques et cela nous explique, dans une certaine mesure, pourquoi il peut survenir malgré la paracentèse.

Merklen l'avait pratiqué vingt-cinq fois chez sa malade et le malade de Cochez, avant d'évacuer spontanément son ascite avait été ponctionné quarante-huit fois !

SES CARACTÈRES
SON ÉVOLUTION, SA TERMINAISON

Il nous est indispensable d'abord de rechercher quelle est la nature de l'ascite où l'évacuation spontanée est plus fréquemment observée.

Or sur nos douze observations, nous voyons que dix fois l'ascite est la conséquence d'une cirrhose alcoolique, une autre fois (cas de Siredey) elle s'est développée en même temps qu'un volumineux kyste de l'ovaire, et dans le cas de Bertrand enfin elle peut être attribuée, semble-t-il, à une cirrhose paludéenne.

Étant donné la grande fréquence de la cirrhose alcoolique, cela n'a rien qui puisse nous surprendre et nous savons d'autre part que l'ascite de ces cirrhoses, par son abondance et par sa reproduction rapide après les ponctions, réalisent les conditions les plus favorables à la production de la hernie séreuse.

Mais nous avions espéré trouver aussi pendant notre séjour en Algérie où les cachexies palustres accompagnées d'ascites énormes sont légions,

quelques observations nouvelles ; notre espoir a été déçu et nos recherches faites tant à l'hôpital de Mustapha qu'à celui de Constantine sont restées infructueuses.

Caractères

Connaissant donc le terrain sur lequel se fait la rupture, essayons maintenant d'en déterminer les caractères et l'évolution, quitte, à propos de cette dernière, à reparler de la cirrhose alcoolique pour en préciser sa forme.

Le principal caractère de la rupture est sa spontanéité, et elle est spontanée non seulement parce-quelle survient en dehors de toute cause extérieure, mais aussi parce quelle vient surprendre brusquement à la fois le malade et le médecin, bien que la formation de l'eschare ait pu mettre en garde ce dernier.

Elle n'est pas douloureuse, puisque la malade de Léon Cerf, se réveille au milieu de la nuit « parce qu'elle se sent inondée » et que celui de Perrin qui qui se promenait dans son jardin fut obligé de se déshabiller pour rechercher l'endroit d'où s'échappait le liquide ; si ce n'était en somme l'inondation qu'elle produit la rupture se ferait à l'insu du malade.

Quant à la rapidité de l'évacuation, elle est très variable et dépend naturellement de la largeur

de la fistule. Tantôt en effet et c'est le cas le plus fréquent, cette fistule a la largeur d'un mèat urinaire et le liquide s'écoulant en jet, le malade vide son ascite en quelques heures, tantôt c'est un simple pertuis d'où le liquide s'écoule goutte à goutte, tantôt enfin l'orifice est un peu plus large et l'ascite s'évacue en moins d'une heure.

Si la mort ne survient pas dans les quelques jours qui suivent, nous voyons cette fistule jouer pendant un certain temps le rôle « d'une soupape de sûreté », présentant des alternatives de réouverture et de cicatrisation jusqu'au moment où cette dernière devient définitive, c'est-à-dire au bout de trois, quatre semaines,de six mois, on l'a même vue persister plus d'une année.

Nous avons vu que cette évacuation se produit presque exclusivement au cours de l'ascite due aux cirrhoses alcooliques. A quel moment de l'évolution de cette ascite se produit-elle? Rien n'est plus variable et si nous la voyons survenir après la quarante-huitième ponction comme dans le cas de Cochez, la vingt-sixième comme dans celui de Merklen, nous la voyons survenir après la première ponction dans le cas de Perrin, c'est-à-dire quelques mois seulement après le début de l'ascite.

Erreur donc de supposer qu'elle ne peut être qu'un accident de la période terminale chez un malade que sa cachexie entraîne rapidement vers la mort ; erreur encore de supposer que des ponc-

tions répétées puissent toujours l'en mettre à l'abri.

Évolution et terminaison

La rupture constituée, le danger le plus grave qui nous apparaisse est l'infection péritonéale. Une solution de continuité vient de s'établir entre la grande séreuse et l'extérieur, la péritonite nous semble inévitable, elle doit constituer la terminaison la plus naturelle de l'accident.

Or, précisément à la lecture de nos observations nous sommes frappé par l'inocuité relative de cette perforation de l'ombilic. Même dans les cas où la terminaison a été mortelle et ils sont peu nombreux, on ne peut invoquer dans tous, comme cause de la mort, une péritonite.

Dans le cas de Léon Cerf, en effet, la malade était déjà si bas, qu'il avait hésité à la ponctionner : dans les deux cas rapportés par Mollard et Chattot, les malades meurent d'affaiblissement progressif, mais sans qu'aucune réaction péritonéale ait été observée ; c'est seulement dans l'observation de M. Merklen et celle de MM. Brühl et Lyon-Caen que nous voyons les malades succomber à l'infection, et encore dans la seconde de ces deux observations ignorait-on quel était l'état exact du malade avant la perforation et ne peut-on se baser que sur l'élévation progressive de la température,

car l'autopsie n'a révélé aucune lésion péritonéale.

Nous savions déjà qu'un péritoine qui avait réagi contre l'infection bacillaire ou pneumococcique résistait plus facilement aux infections secondaires qui en temps ordinaire créent des péritonites rapidement mortelles, mais nous connaissions moins bien cette résistance particulière du péritoine ascitique, résistance indéniable et qui ne peut être attribuée seulement à l'action mécanique, le balayage de la plaie par un écoulement d'ailleurs intermittent du liquide. Cette résistance est mise aussi en évidence par la rareté des péritonites contrastant avec le nombre des paracentèses qui ne furent pas toujours pratiquées sous le couvert d'une asepsie absolue. Témoin le cas rapporté par Ollivier (d'Angers) de cette femme qui ponctionnait elle-même tous les mois sa tumeur ombilicale à l'aide d'une plume à écrire, témoin encore le cas d'Erdman analogue au précédent et dont la malade rouvrait sa cicatrice avec un petit carrelet.

Cette constatation n'est point nouvelle et a été faite déjà par tous les auteurs qui se sont occupés de la question (Merklen, Glais, Mollard et Chattot) et l'ensemble des observations que nous avons pu réunir ne la dément point. Nous nous contenterons seulement de faire remarquer que les escarres étaient infectées dans quelques cas, ainsi qu'en témoignaient la réaction inflammatoire locale et les bords suppurants des fistules qu'elles

laissaient après leur élimination. A ce propos, et bien que la rupture n'ait pas eu pour siège l'ombilic, il est intéressant de rappeler le cas rapporté par Bronson dans *la Gazette hebdomadaire de Médecine* de 1859.

Il s'agissait d'une femme de quarante-cinq ans, ascitique, chez laquelle un abcès de la région sous-ombilicale se termina par une perforation circonscrite de la paroi abdominale. Une énorme quantité de liquide s'échappa au dehors. La malade fut suivie pendant plus d'une année, et son état alla toujours en s'améliorant bien qu'elle fût incommodée par un écoulement persistant du liquide, la fistule ne s'étant point encore fermée; et il était à remarquer que dans certains mouvements l'air entrait dans la cavité péritonéale et s'en échappait sans produire le moindre accident.

Restent maintenant à envisager les cas où l'évacuation spontanée fut suivie d'une guérison ou d'une amélioration passagère. Ce sont les plus nombreux, surtout si nous y ajoutons ceux que nous avons trouvé simplement cités et, pour cette raison, nous n'entrerons pas dans leur énumération. Qu'il nous suffise de faire remarquer que, même dans les cas les plus douteux comme ceux de Perrin et de Cochez, l'ascite se reforma beaucoup plus lentement après la fermeture de la perforation; alors en effet que l'intervalle qui avait séparé cette perforation de la dernière ponction fut de un mois et demi dans le premier cas (c'était

le début de la période ascitique) et de sept jours dans le second, il s'écoula plusieurs mois après l'occlusion de la fistule et avant qu'une nouvelle ponction fût jugée nécessaire.

A quoi faut-il attribuer ces rémissions et ces guérisons? Nous savons que la cirrhose alcoolique, surtout si elle se rapproche davantage de sa forme hypertrophique, est susceptible de guérir sous l'influence d'un traitement médical approprié ou tout au moins s'améliorer, et que, partant, son ascite est susceptible de disparaître ou de subir des fluctuations suivant les écarts du régime. Devons-nous nous rabattre sur ce seul traitement médical pour expliquer les rémissions de l'ascite dans les cas qui nous intéressent?

Qu'il puisse avoir une influence, ceci est incontestable, mais en faire la cause primordiale ne nous semblerait pas logique. Ce serait en effet vouloir faire de la coïncidence une loi, car les faits que nous rapportons sont en somme assez nombreux, pour pouvoir l'admettre dans tous. Comment expliquer en tout cas que ce traitement pour manifester son influence ait attendu le moment précis de la perforation, alors que de nombreuses ponctions n'avaient pas empêché l'ascite de se reproduire avec une rapidité croissante? Comment enfin faire cadrer cette hypothèse avec ce fait qu'il s'agit le plus souvent dans nos observations de cirrhose qui sans être toutes des

cirrhoses atrophiques de Laënnec, tendent à se rapprocher de cette forme ?

Il nous faut donc chercher cette heureuse influence dans la perforation elle-même ou ses conséquences. Le péritoine, en effet, bien que moins sensible aux infections, ne reste pas inactif ; dès que la fistule s'est produite, il réagit par de nombreuses adhérences (dont on pouvait sentir les brides à travers la paroi dans quelques cas), et produisant même souvent une véritable rétraction cicatricielle de l'ombilic. Nous voyons donc ainsi se réaliser naturellement un mode de traitement que l'on a essayé sous bien des formes d'obtenir chirurgicalement. Considérant que la formation de l'ascite dans les cas de cirrhoses alcooliques était due surtout à la gène mécanique de la circulation porte dans le foie, on a voulu créer une anastomose de la circulation porto cave. C'est ainsi que Talma a proposé sa fameuse « omentopexie » c'est-à-dire la suture de l'épiploon au péritoine pariétal. D'autres, Neuman, Rolleston et Turner, Eisselberg poursuivant un but identique ont proposé la suture à la paroi tantôt de la vésicule biliaire, tantôt de la rate. Enfin Drummond et Morrison (1) ayant remarqué la facilité avec laquelle le péritoine réagissait même après de simples frottements, se contentaient de

---

1. Guillot, *Gaz. des Hôp.*, 1904, n° 119.

frictionner avec une éponge la face convexe du foi et de la rate.

Packard et Leconte rappellent avec détail l'autopsie d'un malade mort deux mois après avoir subi une intervention semblable, et ont constaté les adhérences nombreuses et très vasculaires produites au niveau des surfaces frictionnées par le tampon.

La simple laparatomie n'a-t-elle pas eu elle aussi des conséquences inattendues sur l'évolution d'une ascite ? Tel le cas de Quénu rapporté par Longuet dans sa thèse ; tel celui de J. Wallace qui après avoir observé le même résultat heureux l'éleva à la hauteur d'une méthode et préconisa, pour le traitement de l'ascite, l'incision suivie de drainage ; tel enfin celui de Brault où l'incision pratiquée dans le but de découvrir une tumeur faussement diagnostiquée chez un malade atteint d'une cachexie paludéenne avancée, fut suivie de la disparition complète de l'ascite et de l'amélioration de tous les symptômes « l'intervention avait fait merveille ».

« Résultats heureux qui peuvent être attribués à la fois à l'action de l'air extérieur, aux irritations mécaniques et à la diminution de la pression abdominale qui créent une vaso-lidalation active d'abord, puis les conditions normales revenant peu à peu sont le prétexte d'une réaction qui dépassera l'action et servira d'amorce à des

phénomènes de résorption jusqu'ici trop lents ou stationnaires (1). »

Toutes ces raisons peuvent être invoquées dans une plus ou moins large mesure, et à propos de la perforation spontanée de l'ombilic, contribuer à nous donner l'explication que nous cherchions. Un malade de Jaboulay avait d'ailleurs retiré un certain bénéfice de la filtration du liquide au niveau d'une plaie cicatricielle, si bien que celui-ci avait pu proposer ce mode de traitement qui est loin d'être nouveau. Nous savons en effet que Celse préférait l'emploi du caustique dans le traitement des hydropisies, parce qu'il avait remarqué que la plaie était ainsi plus longue à se fermer et que ces malades en retiraient un certain bénéfice ; et sans remonter si loin Pagano Giovani proposait de laisser pendant quelques jours une corde à boyau dans la plaie du trocart. (*Journal des conn. méd. et chir.*, 1845). Pourquoi donc une amélioration survenant à la suite d'une fistule spontanée nous surprendrait-elle ?

Mais si la péritonite aiguë mise à part, l'évacuation spontanée n'influence pas défavorablement la marche de la maladie, si le pronostic reste subordonné tout entier à l'état du malade au moment où elle se produit, il n'en est pas moins vrai qu'elle peut avoir aussi de graves inconvénients. Nous connaissons en effet ce danger qui

---

1. R. de Bovis, *Gaz. des Hôp.*, 1898, n° 147.

peut résulter d'une évacuation trop brusque et trop complète du liquide, ce qui nous oblige à prendre certaines précautions lorsque nous pratiquons la paracentèse. Ce danger-là existe dans les cas d'évacuation spontanée lorsque la fistule est assez large pour donner issue à un gros jet de liquide, il était connu des anciens puisque, nous dit Morgagni, « ils avaient remarqué que ceux chez qui toute l'eau qui sortait en même temps mourraient, tandis que les autres chez qui l'écoulement se faisait en petite quantité ou par parties guérissaient ». L'une des observations de Mollard et Chattot, nous en apporte la preuve ; l'écoulement du liquide chez leur malade, se fit en effet en moins d'une heure et créa un état de collapsus qui aboutit rapidement au coma et à la mort.

D'autre part et sans que l'évolution soit aussi rapide, l'écoulement continu du liquide, peut avoir un autre inconvénient, en créant l'état connu sous le nom d' « anémie séreuse ». Nous n'en trouvons pas d'exemple dans nos observations où nous constatons le plus souvent au contraire une amélioration dans l'état du malade, mais il n'en est pas moins vrai que cela pourrait se produire chez certains cirrhotiques. Cette anémie séreuse constitue en effet une contre-indication de la paracentèse, à plus forte raison ces mêmes malades auraient-ils à souffrir d'une spoliation continue de leur sérosité et c'est là une considération qu'il faudra retenir au point de vue du traitement.

TRAITEMENT

Les seuls faits, d'abord, que l'infection péritonéale peut se produire créant une complication mortelle, et que, d'autre part, peut survenir un état de collapsus très préjudiciable à un malade déjà affaibli par une longue cachexie, le seul fait enfin que le bénéfice qu'en peut retirer le malade reste problématique, mais que dans tous les cas elle constitue une infirmité gênante par la persistance d'une fistule, nous font un devoir de chercher à éviter l'évacuation spontanée par l'ombilic, toutes les fois que nous aurons pu la prévoir.

Pour remplir ce but, nous conseillons, toutes les fois où nous constaterons une tumeur ombilicale, sinon volumineuse du moins à parois très amincies, mais sans attendre l'escarre, d'appliquer sur cette tumeur un pansement ouaté aseptique.

Ce pansement remplira un triple but : il contiendra la tumeur dans la mesure du possible ; il la mettra à l'abri des excoriations qui peuvent résulter du frottement répété des vêtements ou des draps ; il préviendra enfin l'infection si la rupture se produit.

C'est le développement de cette tumeur qui commandera la paracentèse, sans attendre la dyspnée et tous les autres troubles qui arment d'ordinaire la main du médecin, mais, en dehors des cas où nous pouvons nous trouver inopinément en présence d'une rupture spontanée, nous savons aussi qu'elle peut se produire malgré toutes les précautions que nous venons d'énumérer.

Qu'elle devra être notre conduite ?

C'est l'état du malade et la façon dont il supporte sa spoliation séreuse qui nous la dictera.

S'il n'est pas trop affaibli, nous sommes d'avis de laisser la fistule se cicatriser d'elle-même sous le couvert de pansements aseptiques, laissant ainsi courir au malade la chance de voir des adhérences nombreuses créer une dérivation à sa circulation porte et conséquemment améliorer et même guérir son ascite.

En tout cas ne jamais, lorsqu'il y a escarre tenter une occlusion au collodion par exemple, sous peine de voir éclater à bref délai des accidents péritonéaux.

Ce n'est que dans le cas où une déperdition énorme du liquide créerait une anémie séreuse manifeste que l'intervention serait discutée.

On pourrait essayer tout d'abord, après excision des bords de la fistule, une suture ou plus simplement une plicature des parois de la cicatrice maintenue au collodion ; mais si la distension rapide de l'abdomen et la vascularisation défec-

tueuse des parois de la tumeur font échouer ce moyen on pourrait avoir recours à l'omphalectomie suivie d'une suture à quatre étages, telle qu'elle a été proposée pour la cure radicale de la hernie, opération au cours de laquelle il serait indiqué de pratiquer l'omentopexie que Montprofit a essayé de remettre en honneur au Congrès de Chirurgie de 1904.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Bertrand, *Journal de Médecine*, 1909, *in* thèse Glais.)

J. L..., cultivateur, quarante-huit ans, de grande stature et de forte constitution, éprouva dans le courant de l'été de 1807 une forte fièvre qui prit le type intermittent tierce.

Cette fièvre, traitée irrégulièrement et négligemment, jeta le malade dans un état cachectique alarmant. Bientôt un œdème persistant envahit les membres inférieurs et se compliqua d'un œdème considérable, la fluctuation étant plus que manifeste. Le malade, par suite de la gêne considérable apportée au bon fonctionnement du poumon, était constamment obligé de garder la position assise.

Dans les premiers jours d'octobre il se produisit au pourtour de l'ombilic une zone inflammatoire nettement circonscrite ; six jours après il se fit spontanément une crevasse dont l'ouverture pouvait recevoir un stylet.

Par cette perforation il s'écoula une énorme quantité de liquide. L'ascite se dissipa entièrement de même que l'œdème des membres, le malade vit ses forces renaître peu à peu et trois mois après il pouvait se livrer à ses

occupations habituelles. La petite plaie de l'ombilic resta, cependant, fistuleuse en produisant quelquefois de légers suintements.

OBSERVATION II

(Croskery, *Bulletin général de Thérapeutique*, 1860, *in* thèse de Glais.)

Un homme de cinquante ans était affecté depuis plusieurs semaines d'une ascite. Le ventre avait pris un volume énorme, la respiration était très difficile ; les pieds, les jambes, les cuisses et le scrotum se rompaient presque tant ils étaient distendus par la sérosité. En outre, une tumeur s'était formée au centre de l'hypogastre. Au milieu de cette tumeur on remarquait une petite escarre, et tout à coup le malade sentit quelque chose se rompre. Le lit était inondé de liquide ; le malade venait d'être ponctionné par la nature. En moins d'une heure le liquide était évacué et le malade soulagé.

Cependant la plaie resta ouverte pendant une dizaine de jours et en pressant avec les mains le malade vidait de temps en temps et sans aucune douleur le liquide qui s'accumulait dans la cavité abdominale.

Au bout de quelques jours la plaie se referma. Il ne subsista qu'une induration considérable de la paroi abdominale au voisinage de l'ancienne fistule, et quelques-uns des organes de l'abdomen semblèrent avoir contracté, à ce niveau de solides adhérences avec la paroi.

Quoi qu'il en soit, la santé générale de cet homme alla

en s'améliorant, l'œdème des membres inférieurs ne se reforma plus, non plus que l'ascite.

Le malade, revu depuis, est, paraît-il, complètement débarrassé de son ascite, et sa santé se soutient toujours.

OBSERVATION III

(*In* th. de Ganderon. Paris, 1876.)

L... Entrée le 21 mai à l'hôpital de Lariboisière dans le service de Siredey.

Agée de quarante-cinq ans, lingère.

Elle était atteinte d'un kyste de l'ovaire qui datait de dix ans. Deux ans auparavant, à la suite d'une chute sur le dos, la malade fut prise de douleurs abdominales très vives et de vomissements. A ce moment apparaît à l'ombilic une tumeur oblongue ; deux mois après sa formation cette tumeur, rougit légèrement à sa partie inférieure et laisse écouler une grande quantité de sérosité transparente.

L'écoulement qui s'ensuivit aurait duré six mois.

Pendant ce temps le kyste de l'ovaire continuait à grossir. Au bout de six mois les bords de la fistule ombilicale se réunirent, et aujourd'hui on ne trouve plus au milieu du ventre devenue énorme qu'un ombilic déplissé avec une cicatrice radiée, très visible. Au-dessous de cette cicatrice,il en existe une autre blanchâtre,linéaire de 1 centimètre environ d'étendue.

OBSERVATION IV

(Molle, *Loire médicale*, 1900, *in* thèse de Glais.)

Louis. S... cabaretier restaurateur, domicilié à A..., Ardèche, était le 26 juillet 1896 en pleine évolution d'une cirrhose du foie avec ascite abdominale, Énorme œdème des jambes, état général mauvais.

Il suivit le traitement habituel, purgatifs diurétiques etc. Il fut procédé successivement à des ponctions abdominales le 28 septembre, le 16 octobre, le 10 novembre de la même année et le 15 mars de l'année 1897. Chaque ponction retirait une dizaine de litres environ.

Petit à petit l'état s'améliorait et, le ventre quoique volumineux n'entraînant pas une gêne trop considérable, le malade ne réclamait pas d'autre intervention.

Entre temps cependant il se plaignait d'une tumeur douloureuse dans la région ombilicale et vers le mois d'avril 1897, une hernie ombilicale du volume d'une mandarine dont le contenu était exclusivement liquide était constatée.

Comme l'état général était bon, le malade avait repris ses occupations comme par le passé et même s'était remis à boire.

Un jour à la suite d'un travail plus pénible, la tumeur s'ulcéra. Malgré certaines précautions antiseptiques l'ulcération ne tardait pas à prendre un caractère infectieux Au bout de huit jours une perforation se produisait et le malade se réveillait inondé par la sérosité qui s'écoulait goutte à goutte à travers la petite plaie ombilicale.

Ceci se produisait le 25 juin 1897. La fistule persistait exactement quatre mois avec des alternatives de guérison et d'écoulement, puis tout rentrait dans l'ordre. Il subsistait une cicatrice très dure de la région, la hernie était absolument guérie. En même temps on pouvait constater la disparition complète de toute ascite. L'état général s'améliorait rapidement, le foie était perceptible à la palpation, il débordait les fausses côtes de deux travers de doigts.

Le malade a passé les années de 1898 et 1899 dans un état de santé relatif, et a succombé le 29 mars 1900 au quatrième jour d'une pneumonie infectieuse dûment constatée à l'auscultation en pleine épidémie grippale.

OBSERVATION V

(Molle, *Loire Médicale*, 1900
in thèse de Glais.)

Henri B... boucher à A..., Ardèche. Je le visitai pour la première fois le 2 avril 1897 ; il était à ce moment âgé de cinquante-huit ans et présentait tous les signes d'une cirrhose du foie. Ascite énorme.

Le régime lacté très rigoureusement suivi amenait une amélioration considérable qui persistait jusqu'en octobre 1898. A partir de ce moment rechute. J'ai fait depuis cette époque 22 ponctions, la dernière date du premier janvier 1900.

Vers ce moment, il apparaissait une hernie ombilicale à contenu liquide et une double hernie inquinale à contenu liquide également qui gênaient beaucoup le malade. La

tumeur ombilicale ne tardait pas à prendre une distension considérable sous les efforts de toux dont le malade, était secoué.

Vers le 25 janvier, j'étais appelé en toute hâte. La tumeur venait de crever et le malade était inondé de sérosité ; cette plaie s'enflamma et donna de l'inquiétude sur le sort du malade au point de vue péritonéal. Cependant petit à petit au bout de trois mois d'alternatives diverses, le tissu, périombilical se rétracta cicatriciellement. L'ascité avait alors dimimué au point de ne plus nécessiter la ponction et à l'heure actuelle, c'est à peine si une palpation soigneuse du ventre permet de reconnaître la présence du liquide.

Le foie déborde les fausses côtes, le malade va beaucoup mieux et commence à vaquer à ses occupations.

OBSERVATION VI

(M. M. Pierre Merklen et Gougelet,

Bulletin de la société médicale des Hôpitaux
19 juillet 1901, *in* thèse de Glais.)

« L'épanchement ascitique qui s'est rompu sous nos yeux, existait depuis près de deux ans et avait été ponctionné vingt-cinq fois.

Il était survenu chez une dame alors âgée de soixante-huit ans, sous l'influence d'une cirrhose alcoolique et cardiaque, compliquée de périhépatite. C'était une goutteuse depuis longtemps atteinte d'un psoriasis cutané et une dyspeptique sujette à la glycosurie intermittente :

c'était aussi un artério-scléreuse et une dyspeptique par abus de vins et de liqueurs.

Les accidents abdominaux s'étaient manifestés à la suite d'une crise d'asystolie grave, provoquée par une émotion et rapidement enrayée par une saignée et la médication cardiotonique. Mais cette asystolie laissa un gros foie dur, qui bientôt se compliqua d'ascite, et à certains moments de douleurs du ventre.

Sous l'influence probablement de la distension abdominale les membres inférieurs s'œdématièrent à leur tour, bien que le cœur ait repris son fonctionnement régulier. Cet œdème subit d'ailleurs pendant tout le cours de l'affection, les oscillations de l'ascite.

Somme toute la malade était devenue cirrhotique et nous la traitâmes comme telle pendant près de deux ans; du 8 mai 1899 au 26 février 1901, c'est-à-dire pendant vingt-un mois elle put ponctionnée vingt-cinq fois et chaque évacuation était de quatorze à seize litres. Le régime lacté, les laxatifs doux et les diurétiques, en particulier les sels de potasse constituaient la base du traitement. La santé générale s'était maintenue et l'inévitable dénouement n'était pas imminent quand s'annonça cette complication insolite : la rupture spontanée.

La malade avait une ancienne hernie ombilicale, sous l'influence de la distension ascitique, l'anneau s'élargit au point de laisser passer plusieurs doigts et la poche hernèaire prit le volume d'une véritable orange et plus, véritable diverticule de l'épanchement abdominal. Elle se réduisait à chaque ponction, mais malgré une compression méthodique se remplissait et grossissait peu à près. Peu à peu l'ombilic s'amincit et vers le mois de décembre

1900, une petite croûtelette noirâtre apparut à son sommet. C'était une menace d'eschare qui disparut d'abord à la suite d'une ponction pour se reproduire bientôt après.

La chute de l'eschare et la rupture se firent le 15 mars, 17 jours après la vingt-cinquième ponction, alors que l'intervalle entre les paracentèses avait été le plus souvent de vingt cinq à vingt-six jours. L'eschare tombée où voyait à sa place un trajet fistuleux à parois suppurantes de la largeur d'un méat urinaire.

L'écoulement se fit aussitôt et la malade s'étant assise sur une chaise vida son ascite en deux heures environ ; le liquide sortait de lorfice comme un jet d'urine. Les jours suivants, ce fut un écoulement comtinu dont la conséquence fut la disparition, non seulement de l'épanchement abdominal mais de l'œdème des membres inférieurs.

Malheureusement dès le lendemain survenaient de vives douleurs de ventre et de la fièvre, et le surlendemain des vomissements avec une langue sèche, témoignage d'une réaction inflammatoire du péritoine et en même temps d'un état toxémique ; ensuite de l'agitation du subdélire et du subcoma et la malade succomba le 22 mars, sept jours après la rupture.

OBSERVATION VII

(Léon Cerf, *Anjou médical*, 1902 *in* thèse de Glais)

Il s'agit d'une cuisinière M^me^ F..., soixante-quatorze ans atteinte de cirrhose de Laënnec.

L'affection suivit sa marche ordinaire et l'histoire en serait banale si l'évolution de l'ascite n'avait présenté une particularité assez rare et intéressante.

En six mois, je fis six ponctions. Le motif principal qui me forçait à prendre le trocart et l'indication opératoire à laquelle j'obéissais surtout était la distension de la cicatrice ombilicale, qui forcée par le liquide, était remplacée par une hernie fluctuante et translucide aux parois très amincies et surdistendues dont la rupture paraissait imminente.

Ce diverticule de la cavité abdominale surmontant un ventre énorme, faisait penser à une grosse brioche.

Les téguments amincis craquelaient sous l'effort de la poussée ascitique. Une croûtellette s'était formée en un point et était devenue une petite eschare qui persistait entre les ponctions ; la rapidité avec laquelle se reproduisait l'ascite ne permettait pas à ces lésions cutanées de se séparer complètement.

Tel était l'état de la malade au moment où je me préparais à la septième ponction. J'hésitais à intervenir car la malade était très affaiblie et se trouvait dans une somnolence presque perpétuelle. Elle approchait de la fin de ses souffrances et dans ces conditions une nouvelle ponction me paraissait inutile sinon nuisible.

Cependant au milieu de la nuit ma malade se réveilla en appelant la parente qui la veillait et lui dit qu'elle était complètement inondée.

On l'a découvrit et l'on vit s'échapper de l'ombilic comme un jet d'urine. Toute l'ascite s'évacua par le pertuis qui s'était formé. Un suintement persista tandis que la malade entrait dans un coma complet pour mourir deux

jours après, sans qu'aucun autre symptôme, ni fièvre, ni vomissement ne soit survenu.

OBSERVATION VIII

(Perrin, *Revue médicale de l'Est*, 1903).

Il s'agit d'un homme de constitution très robuste né en 1860. Il demeure à la campagne, adonné à des travaux intellectuels et fait un usage régulier du vin en quantité assez élevée.

Pendant l'été 1901, il commença à se plaindre de lenteur des digestions, ainsi que de gène au niveau de la ceinture causée par un certain développement du ventre.

L'examen, pratiqué à ce moment, a montré une aug mentation du volume du foie qui est lisse et régulier, dépassant les fausses côtes de trois travers de doigts environ. Il y a une légère teinte subictérique des téguments. Le régime lacté, institué immédiatement a très rapidement amendé les troubles digestifs. A ce moment on n'a pas constaté d'ascite, elle devait faire son apparition quelques mois après.

Au printemps 1902, l'ascite augmente lentement; l ombilic jusqu'alors normal se déplisse, se laisse distendre et représente une petite masse de la dimension d'une noix, remplie de liquide.

Circulation collatérale ; un peu d'œdème des membres inférieurs sur lesquels survient bientôt un eczéma suintant. Les symptômes et l'histoire du mal font porter le diagnostic de cirrhose alcoolique hypertrophique du

type décrit par MM Hanot et Gilbert. L'évolution des accidents que nous allons maintenant décrire confirma ce diagnostic.

L'ascite résiste aux diurétiques, et au milieu de l'année 1902, elle augmente d'une façon considérable. Le ventre est énorme, les membres inférieurs œdématiés. L'ombilic très distendu, diverticule de l'ascite, fait sur le ventre l'effet d'une tête de brioche mesurant 8 à 10 centimètres de diamètre sur 5 à 6 de hauteur. La peau de cet ombilic est amincie et translucide, un peu écailleuse comme tout le tégument, mais sans eschare, ni ulcération ; l'anneau est élargi et de la dimension d'une pièce de un franc environ.

Il fallut vaincre une longue résistance du malade pour l'amener à se laisser ponctionner.

La ponction pratiquée le 11 août 1902 évacua 14 litres de liquide ascitique. Le foie palpé après la ponction dépasse les fausses côtes de trois travers de doigts, son bord et sa surface présentent quelques inégalités.

22 août. — Un peu de liquide s'est reproduit jusqu'à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic qui reste affaissé. A la fin du mois le liquide a complètement disparu ainsi que l'œdème des membres inférieurs. Malgré l'amaigrissement du malade et la teinte subictérique des téguments, l'état général reste bon.

A la fin de septembre, le liquide ascitique et l'œdème se reproduisent ; vers le milieu d'octobre le ventre est volumineux et l'ombilic de nouveau distendu. Craignant une nouvelle ponction le malade hésite à consulter.

Pendant ses tergiversations, un beau matin étant occupé

dans son jardin à un petit travail qui ne demandait aucun effort, il se sent brusquement mouillé, et constate après avoir cherché que c'est son ombilic qui laisse filtrer un filet de liquide. La peau était paraît-il, un peu excoriée auparavant, mais n'avait présenté ni eschare ni ulcération. Elle n'avait subie aucun traumatisme et la rupture s'est faite silencieusement. Le suintement assez abondant au début, va en diminuant pendant trois semaines ; on protège la petite plaie par des pansements aseptiques et au bout de la quatrième semaine la fistule est complètement oblitérée.

Le péritoine ne s'est pas infecté, et le malade est entré à la suite de cette ponction spontanée dans une période de rémission assez longue qui dura presque une année.

Actuellement (novembre 1903) l'état général est bon, mais le foie est resté gros, dur et un peu inégal. L'ascite est en train de se reproduire, et l'ombilic se distend à nouveau si bien qu'il nous faut prévoir à brève échéance la nécessité de faire à ce malade une nouvelle ponction.

OBSERVATION IX

(Cochez, *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1904.)

En octobre 1900 M. le Dr Merklen veut bien me confier à Alger, M. X..., âgé de cinquante-deux ans, atteint d'une cirrhose du foie.

Ce malade n'a jamais fait de maladies graves dans l'enfance et dans la jeunesse, mais a toujours été sujet à des dérangements de l'intestin.

En 1884, il fait un séjour à Panama, comme entrepreneur des travaux, et y contracte les fièvres paludéennes, qui se traduisirent par des accès fébriles quotidiens, des crises diarrhéiques, un développement énorme du volume du foie qui fait même craindre un abcès hépatique.

De retour en France, dans un état d'anémie profonde, s'accompagnant d'œdème des membres inférieurs, X..., ne reprend que très lentement ses forces. Malgré l'opposition des médecins, il fait de nouveaux séjours à Panama, mais à part des dérangements d'entrailles, il se comporte mieux qu'à son premier voyage.

En 1891, il vient s'installer à Alger.

Sans faire d'excès, il a un faible pour la bonne chère, et boit volontiers du vin quand il est bon, convaincu d'ailleurs qu'un régime reconstituant lui est nécessaire.

En juillet 1900, M. Merklen voit le malade à Paris et reconnaît l'existence d'une cirrhose du foie avec ascite.

La première ponction faite le 13 septembre 1900 donne issue à 14 litres de liquide.

X..., revient à Alger en octobre 1900, époque à laquelle je le vois pour la première fois.

Il est très amaigri et le volume du ventre tranche sur l'amaigrissement général.

Pommettes colorées et recouvertes de varicosités.

Dilatation marquée des veines tégumentaires de l'abdomen. Après la ponction, le palper fait apprécier un foie petit et une rate volumineuse dont le pôle inférieur descend au-dessous d'une ligne horizontale menée par l'ombilic.

La cicatrice ombilicale, déplissée, fait une légère saillie. Hémorroïdes et prolapsus du rectum quand l'ascite est

considérable. Urines claires et abondantes ne contenant ni urobiline, ni albumine.

De septembre 1900 à janvier 1903, c'est-à-dire en vingt neuf mois, 52 ponctions ont été pratiquées,le plus souvent à quinze jours d'intervalle (retirant en moyenne une douzaine de litres, 19 étant le chiffre le plus élevé).

Fréquemment le liquide observé était citrin, quelques fois il fut hémorragique et présenta d'autres fois toutes les teintes intermédiaires.

Après les ponctions, la saillie ombilicale augmenta progressivement de volume pour atteindre celui « d'une tête de fœtus à terme », en même temps la peau, à ce niveau, s'amincissait et se pigementait très fortement. Après la ponction cette poche s'affaissait et le palper permettait d'y reconnaître la présence de l'intestin. Au fur et à mesure que le liquide augmentait dans l'abdomen, la poche se tendait à l'extrême et son volume, ainsi que la chute du rectum et l'abondance de l'œdème des membres inférieurs, fixait l'opportunité de notre ponction.

En août 1902 après la quarante-huitième ponction, une petite eschare apparaît au point le plus tendu de la poche ombilicale ; cette eschare éliminée laissa à sa suite une ulcération de la grandeur d'une pièce de un franc ayant peu de tendance à bourgeonner.

3 septembre. — Sept jours après la quarante-neuvième ponction, sous l'influence d'une quinte de toux, le liquide ascitique est brusquement chassé au dehors par une fissure produite au milieu de l'ulcération. L'abdomen se vide presque complètement, et un médecin appelé à la hâte ferme la perforation au collodion.

Pendant les huit jours qui suivirent,on fit le pansement

matin et soir et à chaque fois une certaine quantité de liquide s'écoula.

Les jours suivants la plaie paraissait fermée, mais à deux reprises elle se rouvrit, avant de se cicatriser définitivement. En même temps, on constata que l'intérieur de la poche contenait des brides dures et fibreuses doublant la mince enveloppe cutanée.

29 septembre.— L'essouflement ayant progressivement augmenté et le ventre s'étant à nouveau développé, on pratique une ponction qui ne donne que 4 litres de liquide.

Le malade reprend alors des forces, il est sensiblement amélioré.

2 novembre. — Nouvelle ponction qui ne donne issue qu'à 8 litres de liquide, X..., reste alors sans ponction jusqu'au 14 janvier 1903, c'est-à-dire pendant soixante-treize jours et le trocart n'amène alors que 7 litres de liquide et encore est on obligé pendant l'opération de déplacer souvent le malade. Les intestins ont perdu leur souplesse et semblent bridés.

Après cette dernière ponction l'amélioration reparaît l'abdomen semble se développer plus lentement, le malade se nourrit mieux et les selles sont régulières.

10 février. — Il est atteint de grippe qui se complique bientôt d'une pneumonie congestive, et le 17 février 1903 le malade succombe à l'asphyxie.

OBSERVATION X

(Mollard et Chattot, *Lyon médical*, 1908.)

M... Elisa, cinquante-cinq ans, lisseuse, entrée à l'hôpital le 28 juin 1907 pour une volumineuse ascite.

Dans son passé, on note l'existence de dyspnée depuis l'enfance, et des phénomènes asystoliques passagers il y a dix ans. Mariée, pas d'enfants. Ethylisme léger : 1 litre de vin et 1 verre de rhum par jour.

L'ascite parait remonter à trois mois, bientôt suivie d'œdèmes des jambes.

A l'entrée : très grosse ascite, ombilic saillant, circulation veineuse abdominale très développée, grosse rate probable, état du foie impossible à apprécier.

Au cœur : thrill diastolique, roulement présystolique, pouls petit.

Poumons sains.

Urines foncées, disque épais d'albumine, pas de sucre.

29 juin. — Première ponction : on retire 6 litres de liquide ascitique ordinaire ; on note un foie débordant de six doigts les fausses côtes.

5 août. — Deuxième ponction : 9 litres.

7 septembre. — Troisième ponction : 14 litres.

3 octobre. — Quatrième ponction : 17 litres.

21 octobre. — Cinquième ponction : (incomplète) 10 litres.

Le foie n'est plus senti au-dessous des fausses côtes. La malade s'étant levée, une perforation de l'ombilic se fait sans avoir été précédée d'eschare ombilicale. Ecoulement abondant de liquide en jet (peut être 20 litres) sans accident immédiat.

L'occlusion de la perforation est faite aussitôt au collodion et l'écoulement ne se reproduit plus, mais la malade meurt d'affaiblissement progressif et sans fièvre le 10 novembre.

Autopsie. — Rétrécissement mitral.

Petit foie de cirrhose de Laënnec typique 850 grammes, rate : 350 grammes.

Aucune lésion péritonéale récente.

OBSERVATION XI

(Mollard et Chattot, *Lyon médical*, nº 22, 1908.)

M... Françoise, cinquante-huit ans, sans profession, entrée à l'hôpital le 8 février 1908, pour un gros ventre ascitique.

Rien d'intéressant dans ses antécédents, nie tout excès alcoolique.

Les premiers symptômes remontent à deux ans, Elle a subi en novembre 1907 une première ponction et deux autres depuis le 15 janvier 1908.

A l'entrée : très gros ventre ascitique, ombilic déplissé et saillant avec à son sommet une petite croûte recouvrant une ulcération superficielle.

Le volume du foie ne peut être apprécié, la rate paraît grosse.

Rien au cœur, ni aux poumons.

Œdème bilatéral des jambes.

Pas d'albumine, pas de fièvre.

11 février. — La distension abdominale et l'état de l'ombilic font qu'on pratique la paracentèse (la quatrième). On retire 10 litres, le foie est gros et granuleux, la rate est très grosse.

4 mars. — Le sphacèle de l'ombilic malgré diverses précautions prises s'est étendu.

Nouvelle ponction (la cinquième) qui est accidentellement arrêtée à trois litres. On ne refait pas une nouvelle paracentèse. Presque aussitôt le malade a des accès de toux, avec état nauséeux, et au cours d'un de ces efforts l'ombilic se perfore au point sphacélé ; gros jet de liquide avec flocons fibrineux qui s'écoule avec force pendant une heure environ : état de collapsus consécutif, et administration de toniques cardiaques ; pansement aseptique.

Les jours suivants l'écoulement continu toujours limpide et goutte à goutte.

10 mai 1908. — Mort dans le coma, sans fièvre, ni réaction péritonéale.

Autopsie. — Péritoine renfermant beaucoup de liquide citrin, limpide.

Foie : 1.220 grammes. Véritable foie clouté, très granuleux et dur, avec péri-hépatite et à la coupe de larges nappes fibreuses.

Rate : 440 grammes avec périsplénite.

Reins : sains.

Péritoine : état de péritonite chronique agglutinant les anses intestinales ; aucune lésion tuberculeuse intestinale ni péritonéale.

OBSERVATION XII

(Non publiée. Prise dans le service de M. le Dr Brûhl à l'hôpital Bichat, et due à l'obligeance de M. le Dr Lyon-Caen, alors son interne.)

P.... cinquante-neuf ans, cordonnier, amené à l'hôpital

le 15 juin 1908 pour ascite et œdème des membres inférieurs.

Ce malade avait eté trouvé chez lui, seul, sans soins, présentant une cicatrice ombilicale déplissée et retournée en doigt de gant, à la partie supérieure de laquelle, par une fistule légère, s'échappait un liquide jaune citrin. Le malade aurait perdu chez lui plusieurs litres de liquide. Un médecin l'avait vu le matin même, et la perforation s'était faite peu après sa visite.

La maladie avait débuté en 1908, par des troubles dyspeptiques, de l'œdème des jambes et même de la paroi abdominale, et depuis février son ventre n'avait cessé d'augmenter de volume.

Pas de maladies antérieures, mais gros éthylique (trois litres de vin par jour depuis dix ans).

A l'entrée, le malade est dans un léger état d'obnubilation et ne répond que difficilement aux questions qu'on lui pose. Le teint est terreux. Le ventre est étalé, un réseau veineux sous-cutané se dessine surtout à droite.

La cicatrice ombilicale déplissée fait saillie de deux travers de doigts ; cette saillie est mate, fluctuante, assez difficilement réductible et pas très tendue ; au sommet se découpe une véritable eschare de la grandeur d'une pièce d'un franc, à bords nettement taillés et à fond rose sans bourgeons charnus, en haut et à droite, petite fistule à bords brunâtres et décollés par où s'échappe, quand on fait déplacer le malade, un liquide jaune citrin.

Le malade perd deux ou trois litres de liquide dans la soirée du 15 juin.

Cette déformation ombilicale telle qu'elle vient d'être

décrite avec son eschare à foud rose donne absolument l'impression d'un pénis anormalement situé avec un méat par lequel aurait lieu de véritables « mictions d'ascite ».

Cœur : les bruits sont bien frappés mais avec un peu d'arythmie. Pouls à 75. Température : 37°8.

Poumons : Quelques frottements aux deux bases avec quelques bouffées de râles sous-crépitants. Le malade urine peu. Urobiline, ni sucre ni albumine.

16 juin. — Température, 38 degrés. Le malade urine peu ; le liquide ascitique perdu par la fistule peut être estimé à un litre et demi.

17 juin. — Température 38°1. Liquide perdu : un litre environ. La tension diminue et la cicatrice ombilicale s'affaisse notablement.

18 juin. — Température 37°9. L'œdème diminue ; peu de liquide ascitique ; diarrhée.

On aperçoit au niveau de la fistule quelques petits points sphacélés.

19 et 20 juin. — L'état général devient plus mauvais et le 21, le malade meurt dans le coma.

Autopsie. — Peu de liquide ascitique.

En ouvrant la cicatrice ombilicale, on constate que le liquide est sorti par un véritable diaphragme situé à la partie supérieure de l'anneau ombilical, ce qui fait supposer que le liquide est sorti par un ancien sac de hernie déshabité.

Foie : 950 grammes ; clouté, caractéristique de la cirrhose de Laënnec.

Rate : 450 grammes ; un peu de périsplénite.

Cœur : normal, crosse de l'aorte un peu dilatée au niveau de sa portion horizontale et présentant au niveau de l'orifice du tronc brachio-céphalique une ulcération de la grosseur d'un petit pois à fond noirâtre.

Rien aux autres organes.

CONCLUSIONS

Des observations qui précèdent et de leur étude, il résulte en somme.

1° Que l'évacuation spontanée d'une ascite par l'ombilic est toujours précédée d'une hernie séreuse de la cicatrice ombilicale.

2° Que cette évacuation est presque toujours la conséquence de la chute d'une petite eschare développée au sommet de la tumeur ou à sa partie inférieure, trouble trophique qui est lui-même la conséquence soit d'une gêne circulatoire par distension, soit d'une névrite périphérique à point de départ traumatique.

3° Qu'elle survient surtout au cours des cirrhoses alcooliques, c'est-à-dire de celles dont l'ascite par son abondance et sa reproduction rapide entretient le plus la distension de l'abdomen.

4° Que l'infection étant l'exception, la rupture ne constitue pas une aggravation et que c'est le degré plus ou moins avancé de la cirrhose au moment où se fait la rupture qui règle seul le pronostic.

5° Que le plus souvent au contraire elle pro-

voque une rémission dans la marche de l'ascite, sinon sa guérison, grâce à la réaction péritonéale (adhérences dérivant la circulation porte, action réflexe stimulant le pouvoir absordant de la séreuse).

De ces deux dernières conclusions découle comme corollaire thérapeutique que cette ponction naturelle, à moins d'indications ultérieures, sera à respecter lorsque nous n'aurons pu l'éviter.

Vu : le Président de thèse,
DEBOVE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Morgagni. — XXXVIIIe lettre. Compendium de médecine pratique. Paris, 1836, t. I, p, 349 et 350.

R. Glais, — Des ouvertures spontanées de l'ascite (thèse de Paris, 1903).

Catteau. — Des modifications de l'ombilic au cours des distensions de l'abdomen (Thèse de Paris, 1876).

Gauderon. — Thèse de Paris, 1876.

Bertrand. — Journal de médecine, 1809.

Croskéry. — Bulletin général de médecine, 1860.

Brouson. — Gazette hebdomadaire de médecine, 1859, t. VI.

Molle. — Deux observations de fistulisation spontanée d'ascite abdominale chronique d'origine cirrhotique, au niveau d'une hernie ombilicale (Loire médicale, 1900, p. 213).

Merklen et Gongelet. — Rupture spontanée d'ascite à l'ombilic (Bull. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1901, p. 952).

Cerf (L.).— Évacuation spontanée d'ascite cirrhotique au niveau de l'ombilic, (Anjou médical, n° 6 1902).

Perrin (M.). — Rupture spontanée de l'ascite à l'ombilic (Revue médicale de l'Est, 1903, p. 737).

Cochez. — Un Cas de rupture spontanée de l'ascite à l'ombilic (Bull. de la Soc. de Méd. des Hôp. de Paris, 1904, p. 671).

Mollard et Chattot. — Évacuation spontanée de l'ascite à l'ombilic (Lyon médical, 1908, t. CX, p. 1187).

Besnier. — Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales. Article : Ascite.

Boursier. — Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales. Article: Ombilic.

Piklington (H.). — Lancet, 1890, t. I, p. 10008.

Bergé (P.). — In Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus : Hernie ombilicale.

Brault et Rouger. — Des Fausses tumeurs de l'abdomen (Presse médicale, 1897, n° 105, p. 372).

Pagano Giovani. — Sur l'Écoulement continu du liquide comme traitement de l'ascite (Journ. des Conn. méd. et chir., février 1845).

Forgeret. — De la ponction ombilicale de l'ascite, accident non prévu par les auteurs. Bulletin de thérapeutique, t. XXXVIII. p. 481, 1850.

Baizeau. — De la rupture spontanée de l'ombilic. In. Arch. de med. 1875.

Ollivier. — Ponction ombilicale. In Arch. de Médecine, t. VI.

Bovis (R. de.) — De l'action de la laparotomie sur les processus chroniques de la cavité abdominale (tuberculose exceptée). Gaz. des Hôp. n° 147. 1898.

Wallace (J.). — Brit. med. Journ. 10 Juillet 1897.

Longuet. — Th. de Paris, 1895. Traitement de l'angiocholécystite non calculeuse.

Jaboulay. — Traitement chirurgical de l'ascite et de la cirrhose atrophique ; cicatrice à filtration. Lyon médical, 1900, t. XCIV. p. 249.

Packard et Leconte. — The Amer, Jour. of the med. sc. mars 1901, p. 254.

Gilbert et Thoinot. — Maladies du péritoine, ascite.

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 1575-12

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.

JAN 12 1916